

ПОКАЗАНИЯ К КОЛОСТОМИИ У ДЕТЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА



Атакулов Жамшед Останакүлович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Байжигитов Нусратилла Исрофилович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИДА КОЛОСТОМИЯГА КЎРСАТМАЛАР

Атакулов Жамшед Останакүлович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Байжигитов Нусратилла Исрофилович

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

INDICATIONS FOR COLOSTOMY IN CHILDREN WITH HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

Atakulov Jamshed Ostanakulovich, Yusupov Shukhrat Abdurasulovich, Shamsiyev Jamshid Azamatovich, Bayjigitov Nusratilla Isrofilovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: shuchrat_66@mail.ru

Резюме. Ушбу тадқиқотнинг мақсади Гиршпрунг касаллигида колостомиядан кейинги натижалар ва прогностни яхшилашдир. Гиршпрунг билан оғриган беморларнинг 20 йил ичидаги касаллик тарихлари ўрганилди.

Калим сўзлар: колостомия, эвентрация, оқма, Гиршпрунг, аганглионар соҳа, радикал жарроҳлик.

Abstract. The purpose of this study is to improve outcomes and prognosis after colostomy in Hirschsprung's disease. The analysis of the treatment data of these patients for 20 years is considered.

Keywords: colostomy, eversion, fistula, Hirschsprung, aganglionic zone, radical surgery.

Актуальность проблемы. При болезни Гиршпрунга требуется уточнение показаний, методики, места наложения колостомы; не определены сроки закрытия колостомы, радикального лечения, реабилитации и адаптации больных.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 2002 по 2022 г. находилось 228 больных с болезнью Гиршпрунга, из них первичных оперированных в других лечебных учреждениях, 21. Среди больных было 18 носителей колостомы. В 14 случае больные поступили с колостомой, и в 4 она наложена нами при повторных операциях. Из поступивших с колостомами 8 она наложена как первый этап операции, 7-после осложнений радикальной операции. На восходящем отделе толстой кишки колостома была у 11 ребенка, на нисходящем у 6, на поперечной ободочной у 1 и сигмовидной кишке (в аганглионарной зоне) у 1. Петлевая стома была у 9, пристеночная у 2 больных.

Результаты исследования. Казалось бы, при наложении колостомы и при них вообще не должно возникать никаких дополнительных проблем, поскольку наложение колостомы, ее дальнейшее ведение и закрытие четко планируются. Однако в результате технических ошибок, отсутствия навыков ухода за колостомой и регуляции ее функции, нарушения режима питания в сочетании с отрицательным воздействием самой коло-

стомы больные поступали раздраженными, психически неуравновешенными, замкнутыми. У больных до годовалого возраста с правосторонними колостомами отмечались нарушения водно-электролитного и белкового обмена, поэтому к наложению колостомы детям раннего возраста нужно подходить осторожно. Во-первых, умелое и систематическое применение методов и средств консервативного лечения способно обеспечить регулярное опорожнение кишечника до выполнения радикальной операции. Во-вторых, следует учитывать, что новорожденные и дети грудного возраста плохо переносят колостому, как и вообще любой свищ по ходу пищеварительного тракта. Наконец, в-третьих, свищ создает проблемы чисто хирургического порядка, в частности затрудняется определение границы резекции кишки, ребенок лишается навыка дефекации, в связи с чем ухудшаются функциональные результаты лечения. Поэтому колостома у детей раннего возраста должна применяться по строгим показаниям (невозможность консервативного опорожнения кишечника, отрицательная реакция на клизмы), при этом необходимо накладывать концевую терминальную колостому ближе к аганглионарной зоне. Осложнения местного характера наблюдались в виде выпадения кишки через свищ (эвагинация), стриктуры колостомы, периколостомиче-

ской грыжи. Эвагинация кишки выявлена у 4 больных. Основная причина-наличие рядом со стомой нефиксированного подвижного участка кишки. Предрасполагающими факторами были повышение внутрибрюшного давления, усиление перистальтической деятельности кишечника. В одном случае через цекостому был эвагинирован весь илеоцекальный угол с червеобразным отростком. При подобном осложнении наряду с постоянно эвагинированным кишечником наблюдается мацерация и гиперемия кожи вокруг свища. Слизистая пролабированного кишечника часто кровоточит, на ней образуются язвы.

Стриктура колостомы может развиваться под кожей, на уровне кожи или апоневроза. У 2 больных стенозирующее кольцо располагалось на уровне кожи и возникло вследствие нагноения периколостомической раны с последующим ее рубцеванием, у 1 находилось в выведенной кишке над кожей, причиной оказалось наложение свища на аганглионарную зону. Периколостомическая грыжа отмечена у одного больного, причиной ее послужило недостаточное ушивание апоневроза вокруг выведенной кишки или слишком широкое его рассечение, нарушение иннервации в зоне формирования колостомы, нагноение периколостомической раны. Предрасполагающим фактором может быть повышение внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде. Все эти местные осложнения и неправильная техника наложения петлевой колостомы в виде подшивания к выведенной ободочной кишке париетальной брюшины, заднего листка апоневроза, потом мышц, апоневроза и кожи приводили к грубым сращениям, из которых очень трудно выделить петлю кишечника. Поэтому мы используем оригинальную методику, разработанную и апробированную в нашей клинике. Вкратце методика выглядит так: Небольшим разрезом в соответствии с выбранным уровнем наложения свища послойно вскрывают брюшную полость. В рану выводят петлю соответствующего отдела толстой кишки. В брыжейке, выведенной петли проделывают отверстие, через которое проводят стеклянную трубку для фиксации кишечной петли в подвешенном состоянии. Затем послойно редкими узловыми капроновыми швами подшивают брюшину, апоневроз и кожу к выведенной петле, мышцы не следует, так как они плотно прилегают к кишке. По окончании операции стеклянную трубку для страховки фиксируют резиновой трубкой в виде баранки, а выведенную кишку прикрывают стерильной салфеткой, густо покрытой мазью Вишневского. Одно из преимуществ этого метода заключается в том, что создается многослойный барьер для проникновения инфекции с передней брюшной стенки в брюшную полость. Просвет кишки вскрывают по истечении 18—24 ч, когда

происходит рыхлое склеивание стенки выведенной кишки с окружающими тканями. Трубка, на которой подвешена кишка, остается на 18-20 дней, затем ее удаляют. За это время двухствольная стома прочно срастается с тканями, края кишки вворачиваются, и стома не западает в сторону брюшной полости. Ни в одном из 23 случаев наложения колостомы по этой методике при повторных операциях по поводу болезни Гиршпрунга и аномалий аноректальной области мы не отметили каких-либо осложнений. Кроме того, при устранении кишечных свищей, наложенных по этой методике, не бывает технических трудностей, поскольку происходит послойное отделение кишечной стенки от тканей передней брюшной стенки без повреждения ее. Таким образом, анастомоз располагается внебрюшинно. Учитывая недолгосрочный характер колостомы при болезни Гиршпрунга, данную методику следует признать заслуживающей применения. У истощенных больных с нарушениями водно-электролитного и белкового обмена с целью предоперационной подготовки проводили коррекцию этих нарушений путем парентерального введения 10-процентной глюкозы с витаминами группы В и С, азотистых препаратов. Для восстановления белкового состава вливали цельную кровь, альбумин, протеин, плазму. Для энтерального питания использовали специализированные продукты (белковый низколактозный энпит). Регулировали ритмичность функционирования колостомы, что обеспечивалось четырехразовым питанием небольшими порциями. Больных более старшего возраста обучали правильному уходу за колостомами. Туалет колостомы состоит в регулярном обмывании ее слабым раствором марганцевокислого калия при помощи комочка ваты, обернутого в один слой марли. После мытья кожу следует обсушить и одевать калоприемник, крепящийся поясом. При отсутствии осложнений уход за колостомой несложен. Если колостома работает ритмично, нет дерматита в ее окружности, тщательно подобран калоприемник, пациент обычно не испытывает неудобств. Радикальную операцию у первичных больных производили методом Соавеленюшкина. У больных с правосторонней колостомой при вскрытии брюшной полости после длительного (более 6 месяцев) бездействия толстой кишки в слизистой оболочке обнаруживались атрофические изменения, обусловленные отсутствием функциональной нагрузки, наступала перестройка мышечных структур кишечной стенки, что вело к уменьшению кишки. Все это затрудняло определение границ резекции пораженного кишечника. Для уточнения уровня резекции кишки интраоперационно регистрировали биопотенциалы на различных участках кишки (аганглионарном, переходном и здоровом). Из-за этих

трудностей, по нашему мнению, следует накладывать технически наиболее простую петлевую колостому не более чем на 6 месяцев. Закрытие колостомы у этих больных производили во время второго этапа операции внебрюшинным доступом. Таким методом закрыто 7 колостом. Показанием к внебрюшинному закрытию служит свищевое отверстие кишки размером не более половины ее диаметра, отсутствие воспалительных явлений и осложнений, дистального отдела кишечника. При закрытии стом, других учреждениях, отмечались технические трудности, связанные с грубыми сращениями вокруг колостомы, при которых трудно выделить петлю кишки. Поэтому мы использовали следующую методику закрытия колостомы:

По краю колостомического отверстия наносят очерчивающий разрез кожи и далее приводящий и отводящий концы кишки выделяют в едином конгломерате преимущественно тупо, до брюшины, которую не вскрывают. Край дефекта в кишечной ушивают в поперечном направлении двухрядным швом (кетгут, капрон). Кишку погружают под мышцы и ушивают мышцы, апоневроз и кожу послойно. У двух больных с петлевой колостомой, осложненной эвагинацией, которую не удалось вправить во время операции, пришлось применить внутрибрюшинный метод закрытия с резекцией илеоцекального угла и наложением анастомоза конец в конец. При левосторонних колостомах закрытие производили во время радикальной операции, в 3 случаях она резецирована вместе с аганглионарной зоной, а в 6 случаях при повторных низведениях пришлось оставить в ректальном канале ту часть кишки, на которой было ушито колостомическое отверстие, что создавало дополнительные трудности. Поэтому превентивную колостому правильнее накладывать справа, чтобы оставить ее после первого этапа операции, или как можно ближе к аганглионарной зоне в виде терминальной концевой стомы, чтобы не пришлось резецировать лишний участок кишки и закрывать стому.

Выводы. 1. К колостомии при болезни Гиршпрунга необходимо прибегать при невозможности консервативной терапии и шоковых реакциях на клизму. 2. У детей грудного возраста следует накладывать терминальную концевую колостому сразу выше суженной зоны, у детей старшего возраста двухствольную петлевую - на восходящий отдел толстой кишки. 3. Колостому необходимо накладывать не более чем на 6 месяцев.

Литература:

1. Атакулов Д.О., Зольников Э.И., Асадов Я. Причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения при болезни Гиршпрунга у детей // Клиническая хирургия, 1989., 56-59

2. Ионов А.Л., Щербакова О.В. Послеоперационные осложнения колоректальной хирургии детей. Российский вестник детской хирургии, Анестезиологии и реаниматологии. 2013; 4: 50-9.

3. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Атакулов Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Ташкент-2014. 135-176 стр

4. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Ташкент-2015. 135-176 стр

5. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Боймуратов Н.С., Тогаев И.У. Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у детей // 2021 Детская хирургия 78-78 стр

6. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А. Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей // Материалы Российского симпозиума детских хирургов с международным участием «Болезнь Гиршпрунга и нейроинтестинальная дисплазия у детей», 19 апреля 2018г., Москва, -с.58

7. Юсупов Ш.А., Сувонкулов У. Т., Юсупов Ш. Ш., Сатаев В. У. Прогнозирование и профилактика послеоперационных внутрибрюшных спаечных осложнений у детей Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. // 2021;185(1): 127–132.

8. Shamsieva L., Atakulov J. Diagnosis and surgical treatment of Hirschsprung's disease in children // Наука и образование сегодня 48-49 стр

9. Yusupov Sh., Shamsiev J., Davranov B.L., Makhmatkulov Kh Our experience in the treatment of hirschsprung's disease in children academia// May 2022 стр. 1296-1298

10. Divarci, E., & Ergun, O. General complications after surgery for anorectal malformations. Pediatric surgery international, 2020. 36(4), 431-445.

11. Trajanovska M., Taylor R. Long Term Outcome After Catto-Smith Surgery for Anorectal Malformation, Fecal Incontinence. Causes, and Outcome, 2014

12. Tiwari A, Naik D.C., Khanwalkar P.G., Sutrakar S.K. Histological study of neonatal bowel in anorectal malformations. Int J Anat Res. 2014;2:318-24. [Google Scholar]. 218 Tonii H. Olrado

ПОКАЗАНИЯ К КОЛОСТОМИИ У ДЕТЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Атакулов Ж.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Байжигитов Н.И.

Резюме. Цель данного исследования заключается в улучшение исходов и прогноза после наложения колостомы при болезни Гиршпрунга. Рассматривается анализ данных лечения этих пациентов за 20 лет.

Ключевые слова: колостома, эвентрация, свищ, Гиршпрунг, аганглионарная зона, радикальная операция.